

コンソルテ瀬田 入居申込書

申込日		年 月 日							
ご入居希望者	フリガナ 名 前					歳	生年月日	M・T・S 年 月 日	男・女
	住所	〒							
	年間所得 (年金含む)	200万円 未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円 以上	※該当する箇所に○ を付けてください
申込者	フリガナ 名 前					歳	生年月日	M・T・S 年 月 日	男・女
	住所	〒							
	電話番号					携帯電話			
	E-MAIL								
	続柄					職業			
	年間所得 (年金含む)	200万円 未満	200万円以上 250万円未満	250万円以上 300万円未満	300万円以上 500万円未満	500万円以上 700万円未満	700万円以上 1000万円未満	1000万円 以上	※該当する箇所に○ を付けてください
ご入居者の現状	現在のお住まい	自宅 施設() 病院() その他()							
	介護保険情報	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5					
		認定年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	介護支援専門員	事業所名				氏名		TEL	
	サービス利用状況								
	家族構成 本人	家族状況							
		氏名				続柄		(歳) 男・女	
氏名				続柄		(歳) 男・女			
氏名				続柄		(歳) 男・女			
ご希望理由									
利用プラン	ご希望時期	空室でき次第 ・ 年 月 日頃(理由:)							
	希望プラン	限定プラン				スタンダードプラン			
		0万円 ・ 250万円 ・ 650万円				350万円 ・ 450万円 ・ 550万円			

トータルケアライフ株式会社

〒520-2141 大津市大江1丁目3番20号

フリーダイヤル 0120-185-789

TEL 077-544-7311

FAX 077-544-7488

受付日	
担当者	

R7.9.1